

# Solicitud de Beneficiary Dental Exception (BDE) a la Inscripción al Plan

Para EMERGENCIAS (dolor, hinchazón y/o sangrado) llame a la línea gratuita de Dental Managed Care al 1 (855) 347-3310 para obtener ayuda.

- ① Nombre de la Persona que Llena el Formulario (nombre y apellido): \_\_\_\_\_
- ② Nombre del Paciente (nombre y apellido): \_\_\_\_\_
- ③ Número de Benefits Identification Card (BIC) del Paciente: \_\_\_\_\_
- ④ Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_
- ⑤ Mejor Número de Teléfono para localizarlo: \_\_\_\_\_

⑥ Marque la(s) casilla(s) que sean aplicables usted:

- No es posible obtener una cita "urgente" dentro de las 72 horas (3) días.
- No es posible obtener una cita "de rutina" (no es una emergencia) dentro de las cuatro (4) semanas.
- No es posible obtener una cita con un "especialista" dentro de los 30 días de autorizada la solicitud.
- Otro: \_\_\_\_\_

Devuelva este formulario a:

**Dirección de correo:** Attn: Dental Managed Care BDE  
PO Box 997413, MS4708  
Sacramento, CA 95899-7413

**Correo electrónico:** Subject: Dental Managed Care BDE  
dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov

**FAX:** Attn: Dental Managed Care BDE  
(916) 464-3783

⑦ X

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre del paciente si se trata de un menor de edad

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/yyyy)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta y parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
E-Mail (si tiene)

Todos los formularios serán admitidos inicialmente ya sea que lleven o no una firma, sin embargo, para poder procesar la baja en el plan dental es obligatorio que se haya firmado.